FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

RAYMOND DE FRESQUET

Ancien Externe des Hôpitaux
Ancien Interne de l'Hôpital de Notre-Dame du Perpétuel Secours
Né à Paris, le 6 Avril 1895

De la Suspension du Col utérin

DANS LES PROLAPSUS GÉNITAUX

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

suivie de la description d'un procédé de fermeture de la Paroi musculo-aponévrotique dans les Laparatomies

Président : M. GOSSET, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1928

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 F.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

RAYMOND DE FRESQUET

Ancien Externe des Hôpitaux
Ancien Interne de l'Hôpital de Notre-Dame du Perpétuel Secours
Né à Paris, le 6 Avril 1895

De la Suspension du Col utérin

DANS LES PROLAPSUS GÉNITAUX

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

suivie de la description d'un procédé de fermeture de la Paroi musculo-aponévrotique dans les Laparatomies

Président : M. GOSSET, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1928

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	N.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	RRANCA
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD

II. — AGRÉGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	GOUGEROT . . .	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DU PROFESSEUR AGRÉGÉ
JEAN CAMUS

Qui fut notre maître et demeure pour nous un inoubliable exemple de science, d'abnégation et de dévouement.

A M. LE PROFESSEUR A. GOSSET

Dont les précieux conseils ont dirigé notre externat et qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

A M. LE DOCTEUR HAUTEFORT
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DU PERPÉTUEL SECOURS

Notre maître d'internat pendant trois années et l'inspirateur de ce travail.

A TOUS CEUX QUI NOUS ONT VOULU OU FAIT DU BIEN

I

Il est actuellement un fait incontestable et incontesté : l'utérus est, dans le petit bassin, soutenu et non suspendu.

Il semble, dès lors, inutile de chercher de nouveaux procédés pour combattre, non les grands prolapsus utérins, mais les prolapsus partiels ou amorcés par la suspension du col par les ligaments ronds.

Nous voulons montrer, par ce modeste travail, que l'on peut éviter à certaines malades l'ennui du prolapsus lorsqu'on est obligé d'intervenir chez elles pour les lésions chroniques de l'utérus et des annexes (opération préventive)

Et que la suspension du col peut être un utile complément du temps colpo-périnéal (opération complémentaire).

Forgue et Massabuau (in Gynécologie du Nouveau traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet) disent que le prolapsus n'est ni isolé ni primitif. La procidence des parois antérieure et postérieure du vagin la précède ordinairement et *même la détermine.*

On est donc absolument en droit de chercher à empêcher la procidence, cause du prolapsus.

Par exemple : la femme de notre observation n° 7 fait apparaître son col utérin à la vulve en poussant. Obligés

de lui faire une hystérectomie pour salpingite kystique, il est juste de fixer le col.

La malade de notre observation n° VI a eu dix grossesses. Les parois vaginales sont flasques, le périnée distendu, le moindre effort fait descendre le col : c'est encore une indication de fixer celui-ci.

L'objection première que l'on peut faire se rapporte au choix du moyen de suspension : les ligaments ronds.

M. Bégouin (de Bordeaux), au Congrès de 1923, avait démontré que la ligamentopexie n'était pas un moyen curatif des prolapsus complets. Mais dans son rapport, il est un paragraphe que nous sommes heureux de transcrire, car il est un encouragement pour la suspension du col.

« On comprend l'insuccès de l'opération de Jacobs « qui n'est qu'une fixation du moignon d'une hystérec- « tomie abdominale subtotale aux tranches des sections « des ligaments larges, et de celle de Quénu, qui après « hystérectomie vaginale soutenait le fond du vagin à « la sangle formée par la réunion des deux ligaments « larges.

« Ces trachélopexies ou ces colpopexies sont de recom- « mandables compléments des hystérectomies pratiquées « pour leurs indications habituelles et sont *peut-être ca- « pables d'éviter des prolapsus*, mais employées seules, ce « sont des opérations insuffisantes pour la cure du pro- « lapsus général déjà constitué ».

Il est question ici des ligaments larges. Mais comme le disait M. Savariaud, au même congrès, les « ...ligaments ronds sont quelque chose ».

Beurnier, à la suite de nombreuses expériences, a montré qu'il fallait de 600 à 900 gr. pour rompre un ligament rond par suspension. Jamais il ne les a vus se rompre avec un poids inférieur à 600 gr.

On peut reprocher aux ligaments ronds de se laisser élonguer facilement, de s'atrophier, au même titre que les autres ligaments, mais on peut subvenir à leur laxité dans le procédé que nous décrivons.

Les fonctions anatomiques des ligaments ronds sont très importantes dans la pathogénie du prolapsus.

Normalement ils maintiennent l'antéversion du corps.

Le vagin, canal physiologique, n'est qu'une cavité virtuelle à l'état normal.

Il y a contact total entre ses parois antérieure et postérieure.

Deux dispositions anatomiques déterminent cet accolement :

1°) L'inclinaison de la paroi postérieure.

2°) L'anse des fibres pulbo-rectales des releveurs.

Seule la 1re disposition nous intéresse ici, car c'est l'antéflexion de l'utérus qui pousse la paroi antérieure contre la postérieure. Le col, véritable coin musculaire, ne tend pas à faire écarter ces deux parois, mais cherche à s'enfoncer entre le vagin et le rectum.

Dès lors les ligaments ronds sont de précieux « adjuvents » (Savariaud), et nous pensons qu'il est logique de se servir de ces ligaments pour empêcher ce col de s'enfoncer à faux dans le vagin.

II

Dans les prolapsus complets, l'hystérectomie est considérée actuellement comme une opération insuffisante.

En effet, à côté des lésions mécaniques de déchirure ou de distension il existe bien plus fréquemment des troubles de nutrition des tissus. Les muscles du périnée et les ligaments sont atteints d'altérations dystrophiques. Il y a un ensemble de lésions qui se succèdent et se commandent.

L'hystérectomie est difficile à pratiquer. Il existe un œdème dur du tissu cellulaire péricervical, de la dilatation des lacis veineux qui ne sont point pour faciliter l'opération. De plus, l'infection est à craindre, si le col porte des ulcérations.

Les statistiques montrent que la mortalité est de 7 à 10 %.

L'opération, néanmoins pratiquée, on observe, après un temps assez court, une réapparition du col à la vulve.

L'hytérecomie ne peut être qu'une opération complémentaire commandée par des lésions internes ou annexielles.

Aussi M. Bégouin se rallie-t-il à la triple opération. Il lui décrit trois temps :

1°) Reconstituer le périnée.

2°) Rétrécir le vagin.

3°) Détruire la continuité des axes du vagin et de l'utérus.

Pour ce 3e temps il préconise l'hystéropexie isthmique. Nous croyons pouvoir introduire à côté d'elle la suspension du col qui empêche celui-ci de pénétrer entre les parois vaginales.

Cette idée de suspension a poussé, en effet, de nombreux chirurgiens, à associer aux deux premiers temps l'hystéropexie (Hartmann), la ligamentoplexie (Roussiel de Bruxelles), l'inclusion du moignon dans la paroi (Walther-Patel de Lyon), le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds (Gourdet), la suspension du dôme vaginal (Paul Delbet-Guillaume de Tours).

Notre maître, le Docteur Hautefort, pratiquait assez souvent l'inclusion du col, mais souvent ce temps opératoire était difficile, soit que le moignon ne se laissât pas facilement amener jusqu'à la paroi abdominale, soit que celle-ci atonique et flasque ne rendît pas les services que l'on attendait d'elle.

Aussi eût-il l'idée d'essayer de suspendre le col avec les ligaments ronds : suspension que l'on peut régler absolument comme on le désire, ainsi que nous le décrivons dans notre technique.

III

Technique opératoire

1°) La paroi et le péritoine ouverts, on lie et sectionne comme à l'ordinaire les pédicules utéro-ovariens.

2°) Les ligaments ronds, par contre, sont pincés et sectionnés le plus près possible de l'utérus. On lie leurs extrémités en laissant les catguts assez longs. Ceux-ci permettront de les fixer à la fin de l'opération (fig. 1).

3°) On dissèque, aux ciseaux courbes, le péritoine.

4°) Après avoir pris les pédicules utérins, on les sectionne, on les lie. Puis on les dégage légèrement du flanc du col pour ne pas être gêné ultérieurement dans la section de la tranche.

5°) On sectionne le col.

6°) Au lieu d'évider le col d'un tronc de cône, on l'incise transversalement par deux coups de bistouri obliques (fig. 2) de façon à détacher un fragment de forme triangulaire prismatique.

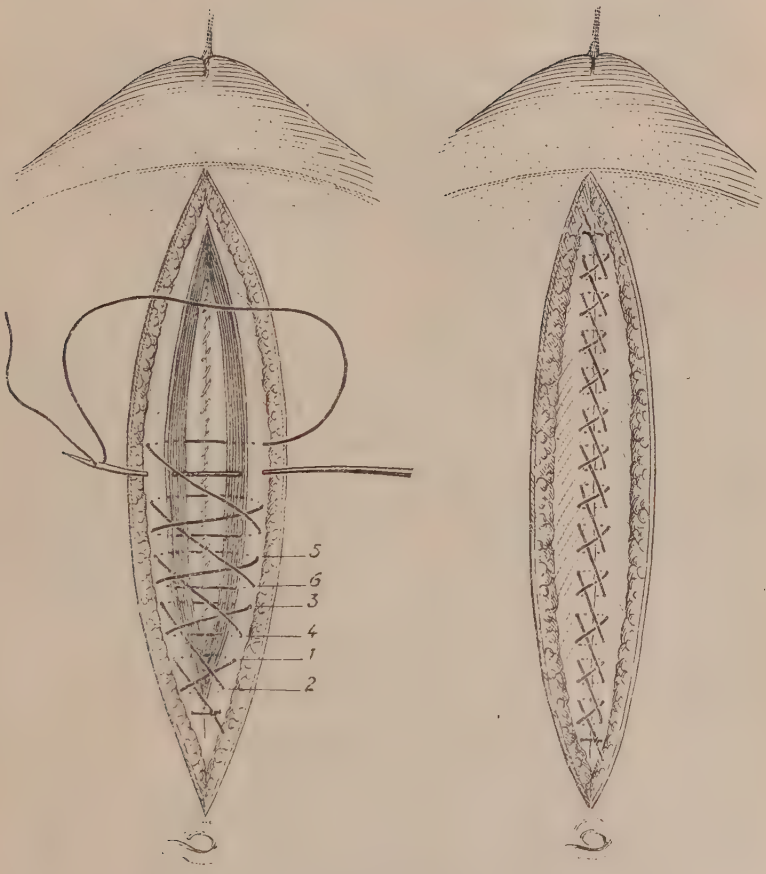

FIG. 8. — Fermeture de la paroi musculo aponévrotique.
Il y a une inexactitude dans ce croquis : Le point de retour prenant les gaines passe sous le point total.

7°) On ferme le col par un point en U, dont les extrémités libres sortent par la face antérieure du col. On fait passer les fils à 1 cm. ½ au-dessous du plan de section, en plein péritoine antérieur s'il le faut. Ce fil noué sur la face antérieure sert de tracteur et de moyen de fixation pendant le temps suivant (fig. 3).

8°) Les deux ligaments ronds sont croisés dans la gouttière. On prend avec l'aiguille le milieu des 2 tranches du col, on lie ce point.

Les deux ligaments coulissent alors librement dans ce canal imparfait. On peut régler alors leur tension absolument comme on le désire. Ceci fait, l'aide les maintient par les fils de leurs extrémités et on pique l'aiguille, à droite, puis à gauche du point médian, à travers la lèvre postérieure, *les 2 ligaments* et la lèvre antérieure de la gouttière. On lie, les 2 ligaments sont alors solidaires de la gouttière cervicale et ne pourront glisser (fig. 4 et 5).

On complète leur fixation en passant un des chefs du catgut liant leurs extrémités dans le ligament opposé.

9°) On péritonise comme à l'ordinaire.

La péritonisation terminée on se rend compte que le petit bassin a repris un aspect presque normal. Le col maintenu élevé par les ligaments tend le voile péritonéal et les 2 culs-de-sac vésico-utérin et recto-utérin sont recréés.

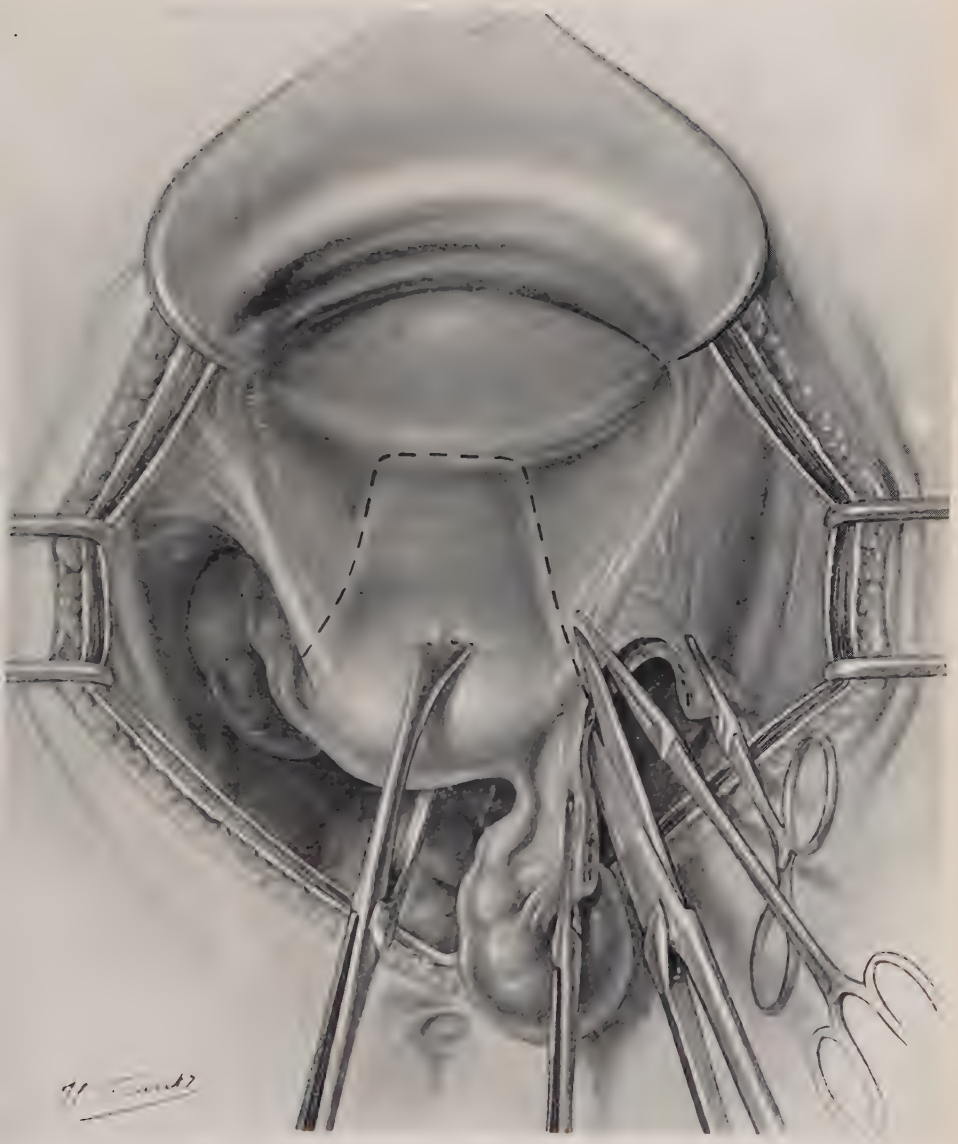

FIG. 1. — Section des ligaments ronds.

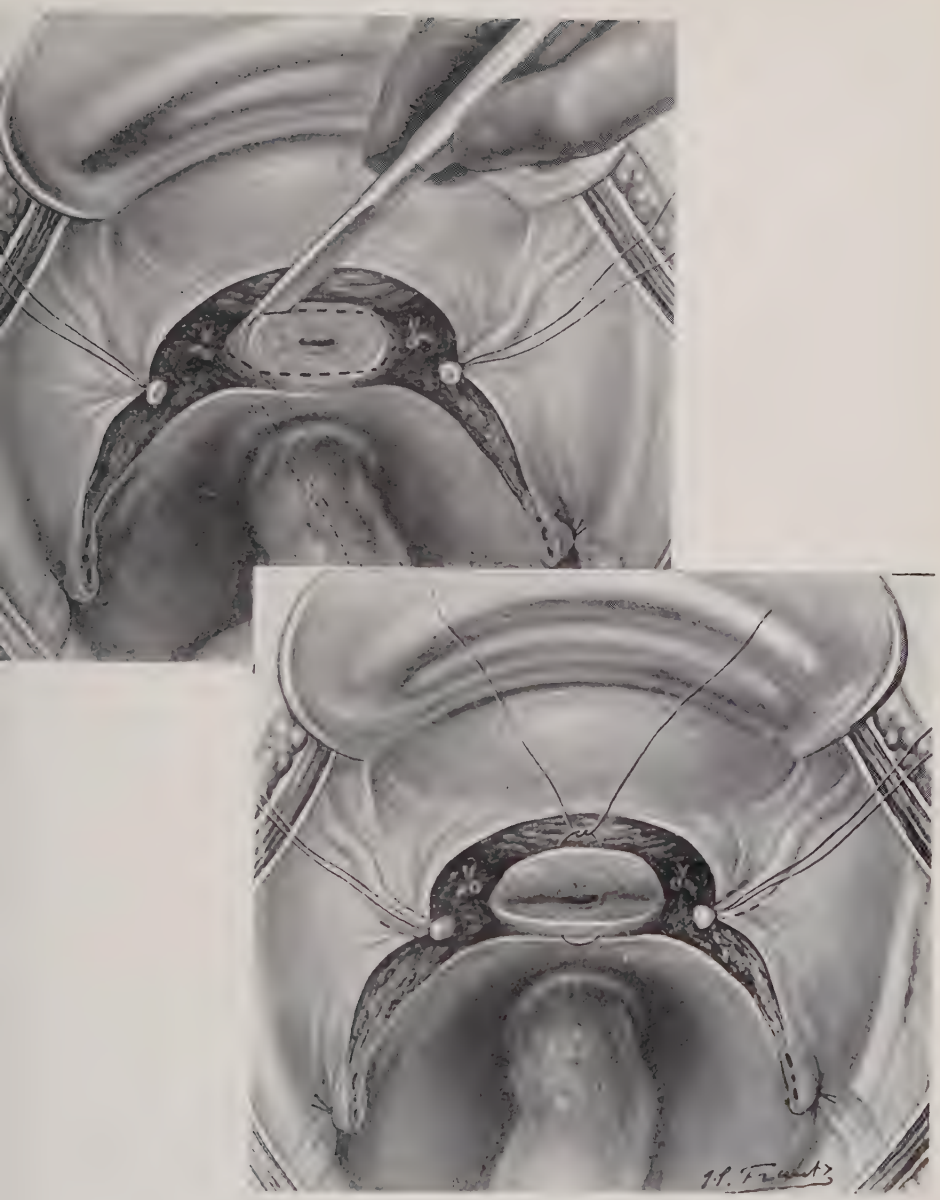

Fig. 2. — Section transversale du col.
Fig. 3. — La gouttière cervicale et fermeture par un point en U.

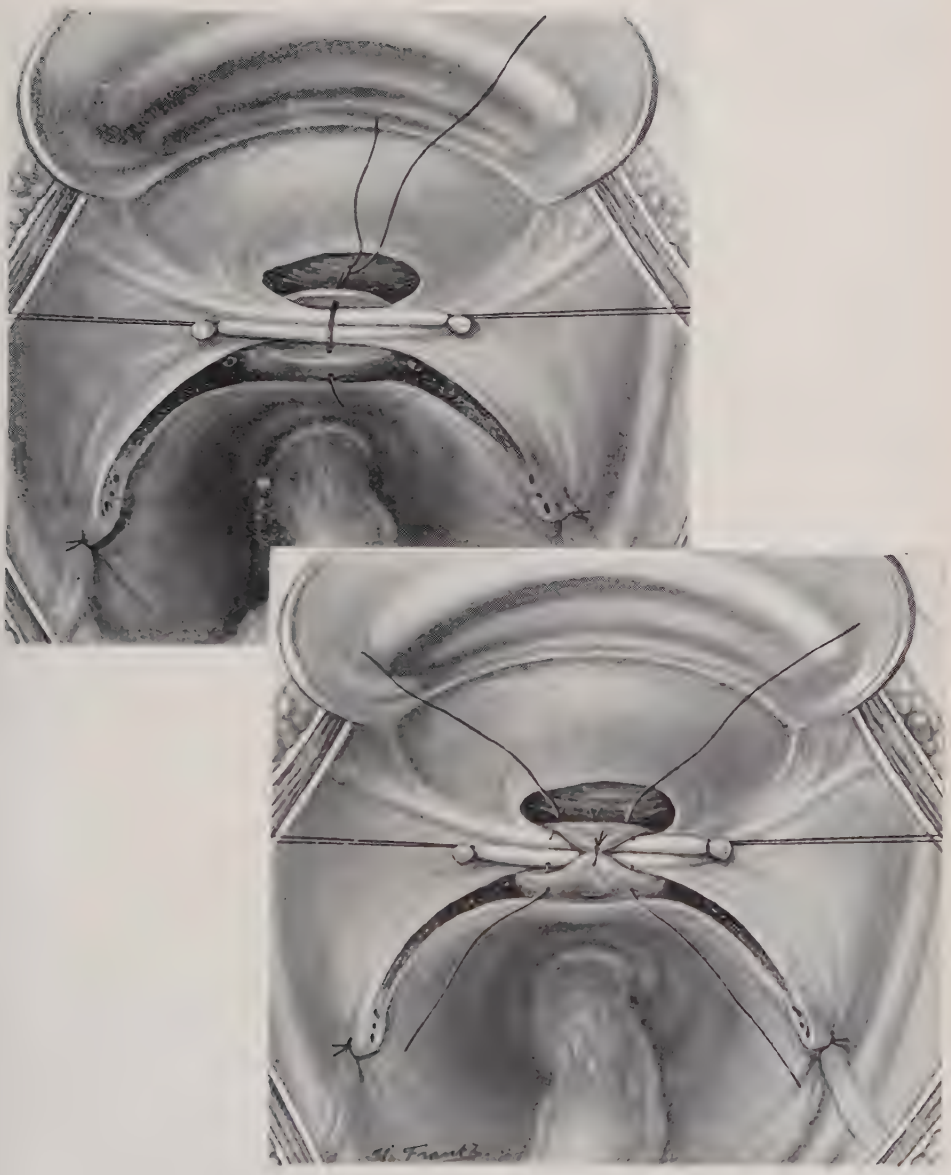

Fig. 4. — Fermeture des tranches cervicales.
Fig. 5. — Fixation des ligaments ronds aux tranches cervicales

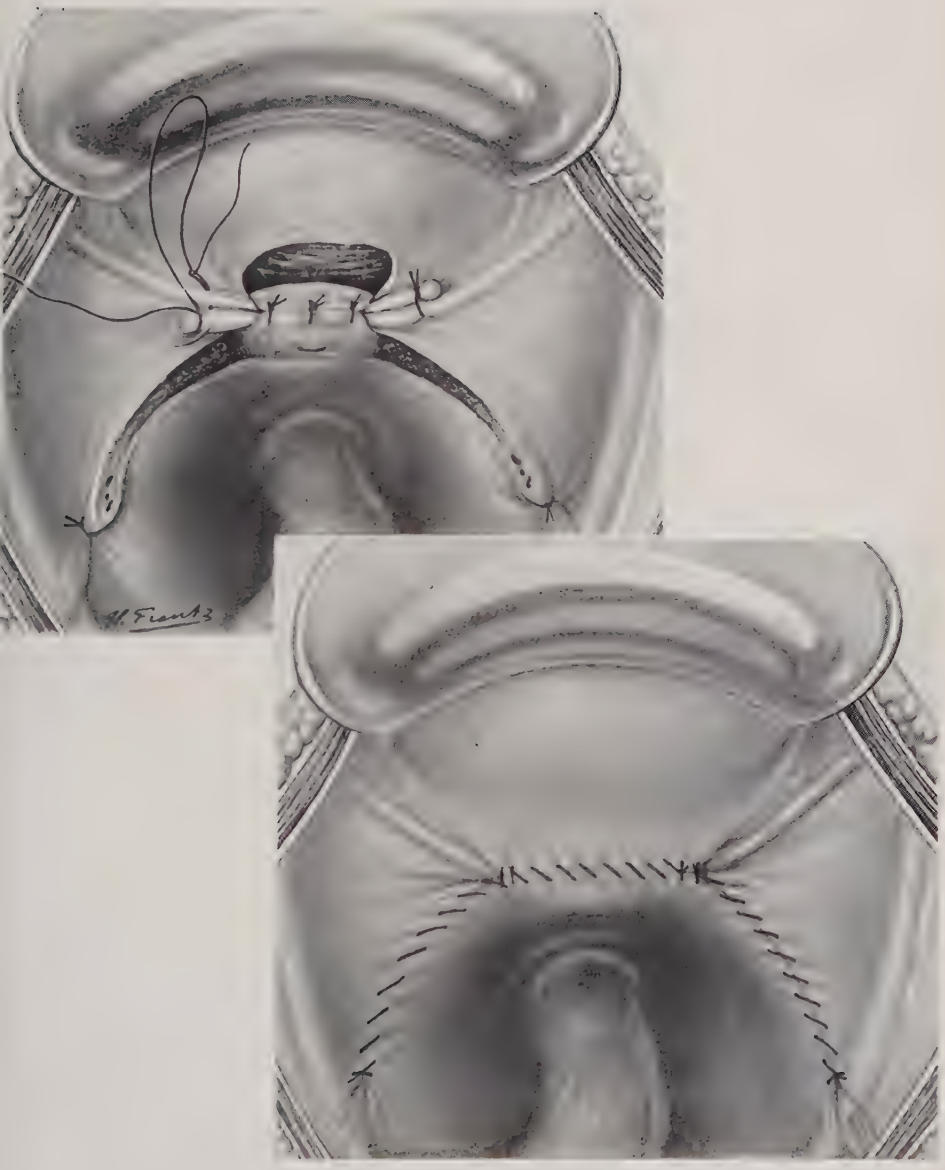

Fig. 6. — Solidarisation des ligaments ronds.
Fig. 7. — Péritonisation.

Fermeture de la paroi

On ferme le péritoine par un surjet ordinaire. Puis on va refaire la paroi musculo-aponévrotique.

On aura eu soin, en ouvrant la paroi, d'inciser sur le bord interne des deux droits leur gaine respective. On achève aux ciseaux l'ouverture du haut en bas, jusqu'au pubis si possible.

Une tenaille de Pauchet soulevant bien le plan musculo-aponévrotique du côté ombilical, on passe un point total au catgut 3, prenant toute l'épaisseur des droits. On noue ce point de départ.

Puis à 1 cm., 1 cm. ½ environ, au-dessous, on passe l'aiguille à travers les aponévroses et les muscles droits. *L'aide ne serre pas le fil*, car revenant en arrière, entre ce premier point et le point initial, on prend les *gaines seules* ; on serre alors le point.

On repart à 1 cm. ½ plus loin, on revient prendre les gaines et ainsi de suite.

Finalement, la paroi musculo-aponévrotique est fermée par un surjet constitué par une série de points irréguliers (fig. 8).

Cette suture donne une cohésion parfaite des deux muscles droits et empêche les éventrations que l'on observe chez les laparotomisés.

Sans avoir la prétention de présenter une suture nouvelle, nous n'avons jamais vu sa description dans les diverses techniques.

OBSERVATION I

Juliette D..., 45 ans.

Prolapsus utérin.

Entrée le 7 février 1926.

Elle a consulté le Dr R... pour la 1re fois, en octobre 1925, parce qu'elle sent de « la pesanteur » dans la région périnéale, accompagnée de tension à l'anus et de douleurs dans la région ombilicale.

(Ayant accouché en 1909, elle n'avait pas eu de déchirure du périnée).

Ces symptomes sont surtout très marqués quand elle est fatiguée et lorsque la station debout est prolongée.

Elle se plaint, en outre, de troubles digestifs que son médecin rattache à une ptose gastrique et une ptose rénale. Elle a souvent des périodes de diarrhée alternées avec de la constipation. Ses selles contiennent fréquemment des glaires et des peaux sanguinolentes.

Antécédents personnels : réglée à 13 ans, toujours normalement ; mariée à 26 ans.

Grossesse à 29 ans, accouchement normal, dans la semaine qui suit phénomènes abdominaux qui nécessitent une application de glace sur l'abdomen pendant plusieurs jours.

Pas de fausse couche.

Pneumonie à 35 ans, accompagnée de crises douloureuses abdominales avec diarrhée.

Rien à signaler de ses antécédents héréditaires.

Examen : Le ventre est flasque, mou. On provoque des gargouillements tout le long du côlon.

L'examen vulvaire révèle une cystocèle et rectocèle peu marquées.

Le col regarde en bas, il est long et mobile.

Le corps est en antéflexion, il paraît petit.

Les culs-de-sac sont libres.

La mobilisation de l'utérus et la pression des culs-de-sac sont douloureuses, ce qui permet de supposer que les ovaires sont scléro-kystiques.

Opération : le 11 février 1926 (Dr Hautefort, aide Fresquet). Ether.

Hystérectomie sub-totale, suspension du col, appendicectomie.

Le péritoine ouvert on trouve l'utérus couché dans le Douglas et entouré d'un feutrage d'adhérences qui le fixent à l'S iliaque, mais qui sont surtout denses autour des annexes.

Hystérectomie : On évide transversalement le col après avoir thermo-cautérisé son orifice et placé un point en U sous-jacent autour du canal cervical.

On fait passer les 2 ligaments ronds dans la brèche creusée dans le col dont on referme les 2 lèvres. A leur sortie de ce canal ainsi constitué, les ligaments sont fixés par un point au catgut.

Péritonisation facile.

Appendicectomie. Suites normales.

La malade a été revue le 3 mars 1926, le 9 juillet 1926 et l'on a constaté que le moignon du col est très haut placé, situé derrière la symphyse pelvienne. Les efforts, la toux ne le font pas s'abaisser.

La malade a été revue le 29 mars 1928, très euphorique, elle déclare que cela va très bien.

Son état général est en effet excellent ; on constate, en effet à l'examen un très léger degré de cystocèle, pas de rectocèle. Le col est absolument fixé et maintenu derrière la symphyse.

Bonne cicatrice abdominale.

OBSERVATION II

Octavie J..., 56 ans.

Prolapsus utérin. Kyste hématique de l'ovaire gauche.

Entrée le 18 mars 1926.

Elle consulte son médecin pour des troubles intestinaux avec amaigrissement.

Ses troubles remontent à un an, avec douleurs assez localisées dans les régions inguinales. L'amaigrissement débute à ce moment. Elle observe des périodes de diarrhée alternant avec de la constipation. Tous ces phénomènes augmentent d'intensité jusqu'au mois dernier où la constipation s'installe avec opiniâtreté puisque, si elle ne prend aucun médicament, elle peut rester 8 jours sans aller à la selle.

Le 10 février 1926, elle voit le Dr T., qui, la suivant ré-

gulièrement, s'aperçoit qu'elle perd 500 à 750 gr. *par semaine.*

Antécédents personnels : réglée à 12 ans, régulièrement.

En 1900 : à 30 ans : 1re grossesse, accouchement difficile, dilatation artificielle, puis forceps ; une déchirure périnéale se produit, mais n'est reconnue que 3 jours plus tard. On tente de faire une suture mais on s'aperçoit qu'il y a une *fistule recto-vaginale.*

La malade, allaitant, n'est pas opérée.

Durant cet allaitement elle s'aperçoit qu'elle a une grosseur dans la mamelle gauche.

En septembre 1901 : on lui fait l'ablation du sein, il ne semble pas qu'on ait fait un curage de l'aisselle.

En même temps on essaie *d'opérer la fistule recto-vaginale,* essai en partie infructueux.

En 1904 : 2e grossesse. Accouchement normal ; allaitement normal, la fistule semble s'être ouverte complètement.

Un examen radioscopique fait le 1er mars 1926 montre que son lavement opaque s'arrête à l'angle splénique, car à ce moment le liquide s'évacue par la fistule et l'anus incontinent, le diagnostic n'est pas posé à ce moment (néo intestinal possible ?)

A son entrée à l'hôpital : la malade est pâle, amaigrie. On remarque qu'elle est porteuse d'un goître (kyste thyroïde du lobe droit).

Elle perd ses matières par le vagin, surtout quand elle a de la diarrhée, elle a perdu 2 kgs 500 en 6 semaines.

A l'examen : le ventre est flasque, étalé. La palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse.

Le toucher vaginal révèle un prolapsus utérin marqué, avec cystocèle importante. L'utérus est très mobile. La pression des culs-de-sac ne donne aucune indication.

L'orifice de la fistule vaginale est situé à 1 cm. ½ de la fourchette, sur la ligne médiane.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

La malade a été envoyée avec la pensée qu'il s'agissait d'un néo de l'intestin ou d'adhérences inflammatoires, fixant le cæcum au sigmoïde.

Une rectoscopie ne montre aucune lésion jusqu'à 20 cm. ; il est impossible d'aller plus loin, la malade ne supportant pas la présence du rectoscope.

Un 2e examen radioscopique (Dr D.) conclut à l'existence d'adhérences du cæcum avec le petit bassin. On décide d'opérer.

Opération 25 mars 1926 : Dr Hautefort ; aide : Fresquet.

Anesthésie à l'éther.

Hystérectomie subtotale, suspension du col. Appendicectomie.

Le péritoine ouvert, on ne *trouve aucune adhérence* du cæcum avec le petit bassin. En position de Tredelenbourg, le cæcum est dans le flanc, l'S iliaque est libre, sans lésion. *Aucune adhérence péri-utérine*, on constate seulement la présence d'un kyste hématique appendu à l'ovaire gauche.

L'utérus est très petit, grêle, comme celui d'une fillette de 12 ans.

Hystérectomie : on enlève une tranche du col et on y inclut les deux ligaments ronds qui se croisent dans cette gouttière. On le fixe l'un à l'autre au-delà de leur sortie. Le col est lui-même fixé aux deux ligaments par deux points qui prennent la lèvre antérieure, chacun des ligaments, la lèvre postérieure.

Le col n'a pas été fermé au-dessous par un point en U. Pas de péritonisation. Appendicectomie.

Paroi en trois plans sans dissection des droits.

Suites immédiates normales.

Suites : Nous n'avons pu joindre cette malade, celle-ci n'ayant jamais répondu à nos convocations.

OBSERVATION III

Blanche M..., 50 ans.

Prolapsus utérin.

Entrée le 12 octobre 1926.

En 1911, la malade fait une fausse couche d'un mois, un peu après elle s'aperçoit qu'elle a une grosseur du volume d'une noix entre les grandes lèvres.

Elle consulte. On lui conseille l'opération. Elle refuse.

Progressivement ce prolapsus augmente.

Au début de 1925, apparaissent des troubles urinaires. Elle ne peut retenir ses urines. Toutes les 5 minutes l'urine s'écoule, aussi est-elle obligée de se garnir. De temps en temps, elle a une journée « normale », mais

alors elle a de la difficulté à uriner lorsqu'elle en a envie.

Pas de troubles sphinctériens anaux depuis le mois de mai 1926 ; l'écoulement est continuel. Le prolapsus n'a pas augmenté de volume (il est stationnaire depuis 10 ans).

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans, toujours régulièrement jusqu'à l'année dernière. Ce mois-ci elle n'a pas eu de règles.

Une fausse couche en 1911.

Deux enfants âgés de 25, 26 ans.

Examen : Entre les grandes lèvres, apparaît le col utérin hypertrophié, qui entraîne tout un prolapsus vésical et rectal, dont la masse totale a le volume du poing.

Le c. d. s. antérieur a disparu. Le postérieur est réduit à 3 cm. environ.

La réduction se fait facilement, mais ne peut-être maintenue.

Au moindre effort, dans la station debout, il se reproduit.

Au palper abdominal, l'utérus paraît un peu gros, mais souple, sans nodosités.

Etant donné l'âge de la malade, on ne peut procéder à un cloisonnement du vagin. Il paraît logique de faire une opération en deux temps.

1re opération le 14 octobre 1926. Dr Hautefort. Aide : Dragomiresco.

Anesthésie à l'éther.

1°) Amputation de la lèvre postérieure du col qui est exubérante.

2°) Colporraphie antérieure. Dissection d'un large lambeau quadrangulaire, dont le côté antérieur est remplacé par un triangle à pointe antérieure.

Rapprochement des lèvres par des points en lacets de soulier (technique de Lejars) et surjet.

3°) Colporraphie postérieure. Suture des releveurs.

Suites opératoires normales.

2e OPÉRATION : 10 février 1927. Dr Hautefort. Aide : Dragomiresco. Anesthésie à l'éther.

Hystérectomie subtotale. Suspension du col. Appendicectomie. Le péritoine ouvert, on trouve un gros utérus fibromateux (noyaux interstitiels et sous-péritonéaux).

Après section du col, on évide celui-ci en rigole transversale après dégagement des pédicules utérins. Fermeture du canal cervical par un point en U. Passage des ligaments ronds préalablement préparés. Croisement dans la rigole cervicale. Fermeture du col par dessus les ligaments.

Péritonisation.

Appendicectomie.

SUITES NORMALES.

La malade a été revue le 29 mars 1928. Elle nous raconte que dès le mois qui suit son opération (avril 1927), « quelque chose » sort à nouveau par la vulve. La pollakiurie continue. Elle a quelques pertes « d'eau sale » qui l'obligent à se garnir. Les douleurs lombaires réapparaissent.

A l'examen : on voit émerger des grandes lèvres une masse du volume d'une mandarine. C'est le col utérin qui entraîne une cystocèle.

Il est certain que la suspension n'a pas tenu : soit que les points qui fixaient les ligaments n'aient pas tenu, soit que les ligaments se soient rompus.

Cette hypothèse semble peu probable, étant donnée la résistance habituelle des ligaments. Quoique le col soit gros, il est certain que la traction exercée sur les ligaments est très au-dessous des limites de rupture. D'ailleurs la malade n'a jamais ressenti de douleur vive qui aurait pu traduire cette rupture.

La seule raison plausible serai celle-ci : il est noté dans le compte rendu opératoire que les ligaments ont seulement été *croisés* dans la gouttière cervicale. Les lèvres de celle-ci fermées *par dessus* n'ont pu empêcher un glissement. C'est une faute de technique.

La cicatrice abdominale est solide.

IV

Nous appuyant sur les considérations de statique utérine, la citation du rapport de M. Bégouin, nous avons pensé que la suspension du col pouvait être une opération préventive et même curative si le degré de prolapsus est très léger.

Souvent chez une multipare ou chez une femme âgée, on découvre, à l'examen des parois vaginales relâchées qui laissent légèrement bomber la vessie ou le rectum. Quelquefois, c'est l'utérus seul qui cherche à s'abaisser, surtout si une tumeur utérine ou para-utérine « pousse » l'utérus, et déplace son axe détruisant l'antéversion nécessaire à sa statique.

Cette suspension ne sera peut-être qu'un traitement provisoire ? Peut-être. Mais il sera toujours temps d'y ajouter tôt ou tard une colpopérinéorraphie.

Dans ces cas, le ligament rond agira comme « vraie corde », ainsi que le dit M. Willems (de Liège) qui, souvent, attache moins d'importance à la réfection périnéale qu'à la suspension.

Le docteur Gentil (de Paris), à propos de quelques malades hystérectomisées qu'il a vues atteintes de prolapsus, estime que dans ces cas le chirurgien n'a que deux ressources à sa disposition :

Soit la périnéorraphie, mais qui ne guérit ni la cystocèle, ni la rectocèle.

Soit le cloisonnement élargi de Lefort, qui est une opération qu'on ne peut préposer à une femme jeune.

Aussi cet auteur pense-t-il toujours aux bons effets que l'on peut retirer, au cours d'une hystérectomie abdominale, de la suspension du moignon aux ligaments ronds.

Sa technique, que nous ne connaissions pas au moment où nous eûmes l'idée de la nôtre, est un peu différente.

Le col fermé, ou le *dôme vaginal suturé*, il fixe les deux ligaments de chaque côté en leur donnant la longueur désirée.

Au moment de la péritonisation, il charge les points d'implantation des ligaments et les fixe aux lèvres péritonéales.

L'auteur déclare que toujours ses sutures ont tenu.

Nous sommes tout à fait d'accord avec lui, en disant que la suspension du col ne complique ni n'allonge une hystérectomie abdominale ; il suffit d'y penser en commençant l'opération.

Cette suspension aura peut-être l'heureux effet d'empêcher un prolapsus de s'achever et d'éviter tous les ennuis qu'il comporte.

OBSERVATION IV

R... Alice, 37 ans.

Utérus fibromateux. Déchirure ancienne du périnée.

Entrée le 3 février 1927.

Cette malade est venue consulter pour métrorragies, qui datent de 2 mois.

Depuis deux ans, ses règles ont augmenté d'abondance.

Elle accuse de la pesanteur dans le bas-ventre, de la pollakiurie nocturne et quelques pertes blanches.

Antécédents personnels :

Réglée à 14 ans et demi. Ses règles sont douloureuses depuis 10 ans.

A 25 ans, grossesse normale, *déchirure du périnée* qui n'a pas été suturée.

Abcès multiples du sein droit un mois après l'accouchement.

A 30 ans, crise R. A. A.

Examen : Le ventre est souple, non douloureux. Il existe un peu de sensibilité de la fosse iliaque droite.

Au toucher, le col, dont les deux lèvres sont hypertrophiées et le pourtour du museau de tanche granuleux, remplit le fond du vagin.

Le corps est gros, bosselé et porte à droite un noyau qui entre la main abdominale et le doigt vaginal donne l'impression d'avoir le volume d'une grosse noix verte.

Au spéculum : le col est hypertrophié, sans point suspect.

Léger degré de rectocèle.

Opération : 12 février 1927. Dr Hautefort. Aide : Fresquet.

Anesthésie à l'éther.

Hystérectomie subtotale avec suspension du col par procédé habituel. Appendicectomie.

Suites opératoires normales.

La malade a été revue les 27 mai et 4 novembre 1927.

Elle a engraissé de 1kg. Elle a quelques pertes blanches.

Le résultat opératoire est excellent. Le col est bien accroché et ne descend pas quand la malade tousse ou pousse.

Nous n'avons pu la revoir ces temps derniers, la malade n'ayant pas répondu à nos convocations.

OBSERVATION V

Mme Pauline B..., 41 ans.

Utérus fibromateux. Ovaires scléro-kystiques.

Depuis 15 ans, cette malade souffre du bas-ventre. Ses règles sont devenues très abondantes depuis une dizaines d'années, sans que leur durée soit modifiée (7 jours).

Depuis cette période, elle a maigri de 15 kgs environ, avec accentuation de la perte de poids cette année dernière.

A son entrée à l'hôpital (9 janvier 1928), ses règles sont très abondantes avec pertes blanches pendant les 10 jours qui suivent.

Elle souffre pendant cette même période : douleurs à irradiations lombaires. Elle n'a aucun trouble urinaire, mais est très constipée.

Dans ses antécédents, on relève les faits suivants : réglée à 16 ans, elle a eu trois fausses couches et deux en-

fants vivants. Un de ces derniers est une prématurée, venue à 6 mois et demi, et décédée.

Après la 1re fausse couche, qui remonte à 16 ans, elle a été soignée pour anémie.

En 1916, elle a été examinée au dispensaire O. P. H. S. pour bronchites et on a trouvé des ganglions trachéo-bronchiques.

Examen : le ventre est souple. Le toucher vaginal montre le col allongé, de consistance normale, regardant en bas et à gauche.

Le cul-de-sac est occupé par une masse qui, fixée au corps utérin, semble être de consistance plus molle que le corps.

Celui-ci est dévié à droite et porte cette masse sur son flanc. Si l'on fait pousser la malade, le col descend presque jusqu'à la vulve.

Examen médical : rien à signaler.

Opération le 10 janvier. MM. Hautefort, de Fresquet. Ether.

Le péritoine ouvert, on ne trouve pas de masse latéro-utérine, mais un gros utérus violacé, mou, très mobile, un peu dévié à droite.

Les deux ovaires sont semi-kystiques.

Hystérectomie subtotale.

On incise la tranche du col en gouttière transversale. On y engage les deux ligaments ronds, que l'on croise et fixe suivant la technique habituelle. Péritonisation.

Appendicectomie.

Les suites immédiates ont été normales.

La malade a été revue le 11 mai 1928.

L'état général n'est pas très bon. Après l'opération elle reprend du poids (2 kgs en 3 mois), mais le mois dernier, elle a reperdu 1 kg. Elle se plaint de douleurs lombaires. Ses urines sont chargées avec dépôt abondant (phosphaturie constatée).

Plus de pertes blanches.

Toucher : Le col est bien maintenu dans le plan passant par le bord supérieur du pubis. Quand la malade pousse on ne le sent pas descendre. On sent bien les deux cordes qui font les ligaments ronds tendus par le moignon.

OBSERVATION VI

Charlotte B.., 39 ans.

Grossesse. Kyste du corps thyroïde.

Entrée le 3 février 1928.

Cette malade a été envoyée d'Etrepagny, avec le diagnostic de fibrome utérin.

Réglée à 15 ans, très régulièrement, elle a été mariée à 16 ans.

Elle a mené à bien 10 grossesses. L'aîné de ses enfants à 21 ans, le dernier 20 mois.

Entre les 4e et 5e grossesses elle fait 2 fausses couches respectivement de 3 et 6 semaines, qui ont nécessité chacune un curettage.

Entre les 8e et 9e grossesses elle fait à nouveau une fausse couche de 2 mois, on ne lui a pas fait de curettage.

A la suite de sa dernière grossesse : phlébite.

Toujours réglée très régulièrement, elle perd continuellement depuis 2 mois, peu abondemment il est vrai.

Elle ressent par instant des douleurs violentes de l'abdomen, puis de la gêne et de la difficulté à la miction avec des urines très troubles. Pas de constipation. Léger amaigrissement depuis 2 mois.

Pas d'antécédents pathologiques personnels.

Examen : le vagin est très élargi, les parois sont très relâchées. Au toucher on sent le col déchiqueté, regardant en bas, en arrière. Le corps est une masse *dure*, déviée à droite, du volume de 2 gros poings, dont les mouvements entraînent le col.

Les pertes, cette masse dure ont naturellement fait penser à un fibrome. On décide donc de faire une hystérectomie complétée par une suspension du col, à cause de l'élargissement du vagin.

Opération le 7 janvier 1928 (Dr Hautefort, aide Fresquet).

Anesthésie à l'éther.

Le péritoine ouvert, on tombe sur un utérus gros comme deux poings, mais très *mou* (on n'avait pas eu du tout cette impression à l'examen). On pense à une grossesse, mais en se remémorant les signes cliniques (hémorragies), on pratique quand même une hystérectomie subtotale (procédé classique).

Puis on fend transversalement le col qu'on évide en gouttière, on le ferme par un point en U ; on croise entre les lèvres du col les 2 ligaments ronds liés à leurs extrémités. Un catgut 3 prend la lèvre postérieure, les

2 ligaments, la lèvre antérieure. On place 2 autres catguts symétriquement de chaque côté.

On fixe les extrémités des ligaments ronds à deux replis péritonéaux.

Péritonisation. Appendicectomie.

Utérus contenant un fœtus de 3 mois $\frac{1}{2}$ environ dont le placenta s'insérait sur la face antérieure et descendait jusqu'au col du côté droit.

L'ovaire droit est transformé en une petite tumeur bosselée, irrégulière.

Suites normales : le col est fixé très haut, derrière la symphyse pelvienne.

OBSERVATION VII

Mlle K... Marie, 42 ans.

Salpingo-ovarite kystique gauche.

Hystérectomie sub-totale, suspension du col.

Appendicectomie.

Cette malade a eu ses règles normales jusqu'à il y a 3 ans $\frac{1}{2}$. Des métrorragies apparaissent à ce moment, presque continuelles. Elle consulte à Beaujon, y entre, mais n'y reste que 4 jours. Les pertes continuent, elle se décide à consulter à nouveau en octobre 1927, puis en mai 1928.

En même temps que les métrorragies existent des pertes blanches, épaisses, abondantes, depuis 1919.

Les urines sont par moment troubles ; elle urine peu

et souvent, et est obligée de se lever la nuit. Douleur à la miction.

Cette malade est habituellement constipée, elle souffre de migraines, accompagnées de sensation de froid et sueurs des membres inférieurs.

Antécédents personnels : pas de fausses couches, deux enfants, le premier a été extrait au forceps (il y a 20 ans), est mort.

Le deuxième est mort à 9 mois (il y a 17 ans).

Examen médical : r. a. s.

Examen : La paroi abdominale est flasque et chargée de graisse.

A l'examen de la vulve : on constate de la cystocèle et à l'effort le col effleure la vulve.

Au toucher : le col est gros et dur, on ne constate pas d'ulcération au spéculum.

Les culs-de-sac antérieur gauche et postérieur sont libres. Le cul-de-sac droit est « plein », il donne la sensation d'infiltration.

L'utérus est dans son ensemble mobile.

Opération le 8 mai : MM. : Dr Hautefort. de Fresquet.

Anesthésie à l'éther.

Le péritoine ouvert on trouve l'utérus de volume moyen, flanqué à gauche d'annexes kystiques. A droite, la trompe est saine, mais l'ovaire est fixé au bassin.

C'est cet ovaire très adhérent qu'il faut disséquer au bistouri qui donnait cette sensation d'infiltration dans le cul-de-sac droit.

Les ligaments larges sont liés et sectionnés. Les ligaments ronds le sont à 1 cm. de l'utérus. Les pédicules

utérins sont dégagés et liés après section transversale du col.

Puis on coupe la tranche du col en gouttière transversale.

Fermeture du canal cervical par un point en U total. Les 2 ligaments ronds sont croisés dans la rigole que l'on ferme par-dessus par un point médian.

Les 2 points latéraux prennent en même temps les 2 ligaments.

Les chefs de ligature des ligaments ronds sont passés à travers le ligament opposé et liés.

Péritonisation. Appendicectomie.

Suites : La malade est encore à l'hôpital, le col est plaqué derrière le pubis et ne s'abaisse pas quand on fait tousser la malade.

Conclusions

La suspension du col utérin ne peut être considérée comme une opération curative des prolapsus totaux.

Mais elle trouve son indication :

1° Comme procédé complémentaire du temps colpo-périnéal dans les prolapsus complets.

2° Dans les prolapsus partiels, dans tous les cas où l'on est appelé à intervenir pour les affections chroniques du corps utérin ou des annexes.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette